

QUISTE HIDATIDICO PULMONAR. PRESENTACION DE UN CASO

Neuro Guanipa*, Leonor Chacín-Bonilla*, Filema Finol** y Georgina Cano*

* Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela. ** Hospital General del Sur. Maracaibo. Venezuela.

Palabras claves: hidatidosis, quiste hidatídico

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste hidatídico pulmonar en un extranjero con más de 10 años de residencia en Maracaibo, Estado Zulia. Se trata de un paciente de 54 años de edad, quien consulta por presentar disnea, fiebre y pérdida de peso. El estudio radiológico de tórax revela una imagen de aspecto tumoral en campo pulmonar izquierdo y se diagnostica Carcinoma Broncogénico. Los exámenes de laboratorio son normales; con esputo negativo para BK, citologías seriadas negativas y biopsia no concluyente. En vista de lo anterior se realiza lobectomía inferior izquierda. El estudio anatomopatológico muestra un quiste de 7x5 cm., con un contenido líquido amarillento. El examen histológico revela cápsulas prolíferas y escólices en la cavidad quística, haciéndose el diagnóstico de quiste unilocular de *Echinococcus granulosus*. La presencia de los escólices en alvéolos y vasos sanguíneos pulmonares sugiere la posibilidad de una diseminación del parásito.

Por la rareza de esta patología en el país, presentamos el caso, para que se piense en esta afección y pueda ser diagnosticada y tratada en forma adecuada.

INTRODUCCION

La hidatidosis es una enfermedad producida por el desarrollo y proliferación de la forma larvaria o hidátide de tenias del género *Echinococcus* en los huéspedes intermedios.

En el hombre se han encontrado larvas de cuatro especies: *E. granulosus*; *E. multilocularis*, *E. vogeli* y *E. oligarthrus* (5, 12). La primera es la más importante desde el

Recibido: 28-03-90

Aceptado: 11-07-90

punto de vista médico, epidemiológico y económico y tiene una distribución casi cosmopolita, constituyendo un grave problema de Salud Pública, sobre todo en zonas ganaderas (5, 13, 15). Le sigue en frecuencia *E. multilocularis*, limitada a la región holártica (13). *E. vogeli* se ha reportado en América Central y América del Sur (5). En Venezuela recientemente en 1989, se reportó el primer caso mundial de *E. oligarthrus* en el hombre (12).

En América Latina, los países que tienen las tasas de infección más altas son Argentina, Brasil, Chile, Perú y Uruguay y, en menor escala, Bolivia, Colombia y Paraguay (2, 13, 22).

En Venezuela, la hidatidosis en el hombre es una patología rara; se han reportado sólo 30 casos, principalmente en inmigrantes. Diecinueve quistes fueron de ubicación hepática (6, 7, 10, 11, 14, 17, 21, 23-25), cinco en el pulmón (8, 9) y los otros en vejiga urinaria (19), cavidad peritoneal (18), mesenterio (16), región retrocular (12) y corazón (4).

La mayoría eran quistes de *E. granulosus*. Los diagnósticos fueron hechos durante la intervención quirúrgica o post-mortem y el diagnóstico parasitológico no se hizo en todos los casos.

Solo doce casos fueron autóctonos, siete fueron del Estado Lara y los otros de los Estados Zulia, Barinas, Amazonas y Bolívar. Las edades fluctuaron de 20 a 70 años. Nueve casos fueron quistes de *E. granulosus*; dos se reportaron como quistes de *E. multilocularis*, pero D' Alessandro considera que se trató de *E. vogeli* (5). El otro fue un quiste de *E. oligarthrus* (12).

Hace más de medio siglo se publicaron los únicos cinco casos de hidatidosis pulmonar en el país; pero solo uno fué corroborado con el diagnóstico parasitológico; de los otros no se tienen evidencias de que se trataran ciertamente de quistes hidatídicos, puesto que el diagnóstico se basó en el estudio radiológico y en la prueba de intradermorreacción de Casoni cuya especificidad es relativa; además, en uno de los casos la reacción fue negativa.

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de quiste hidatídico pulmonar, dada la rareza de esta afección en el país.

MATERIAL Y METODOS

Presentación del caso.

Paciente masculino de 54 años de edad, natural de Siria, con más de 10 años de residencia en Maracaibo, Estado Zulia; consultó en un Hospital de Maracaibo por presentar disnea, fiebre alta y pérdida de peso, de un mes de evolución.

Se le practicó radiografía de tórax, la cual mostró una imagen de aspecto tumoral en base pulmonar izquierda. El caso fué tratado como una neumonía con penicilina y gentamicina, los síntomas remitieron pero persistió la imagen radiológica, motivo por el cual fue referido a otro hospital con el diagnóstico de carcinoma broncogénico.

Ingresó al Hospital General del Sur. En el examen físico solo se evidenció ligera disminución de la expansibilidad y del murmullo vesicular en la base del campo pulmonar izquierdo. Como antecedentes de importancia refirió pérdida de peso y negó hábito tabáquico.

Los exámenes de laboratorio practicados: hematología completa, cuenta blanca y fórmula, úrea, glicemia y creatinina, velocidad de sedimentación, tiempo de sangría y coagulación, resultaron normales. Dos exámenes para BK en esputos fueron negativos; cuatro citologías de esputo, revelaron inflamación grado I, con algunas células metaplásicas; biopsia por punción no permitió ningún diagnóstico, porque el material fue insuficiente.

El paciente permaneció estable durante su estada hospitalaria. Fue intervenido quirúrgicamente y se le practicó lobectomía inferior izquierda, después de constatar una formación de aspecto tumoral umbilicada. No se visualizaron adenopatías ni metástasis.

Hallazgos Anatomopatológicos

Macroscópicas: Lóbulo pulmonar fijado en formol, con un nódulo blanquecino subpleural de 1.5 cm. de diámetro. Al corte se observó, en la parte media, una cavidad quística de 7 x 5 cm con paredes blanquecinas granulares de 0.5 cm de espesor, que contenía un líquido amarillento y turbio. (Fig. 1). La cavidad quística no se comunicaba con la luz bronquial. Los bronquios y vasos no mostraron alteraciones macroscópicas.

Microscópicas: El quiste estaba revestido, de adentro hacia afuera, por una membrana germinativa de células pequeñas y cuboides adheridas a la cual se evidenciaron vesículas prolíferas y escólicas (Fig. 2), una membrana laminada basofílica (Figs. 2 y 3) y una capa fibrocolágena, por fuera de la cual se observaba tejido pulmonar con infiltrado linfoplasmocitario (Fig. 3) y extensas zonas de colapso alveolar. Se hizo el diagnóstico de quiste hidatídico unilocular de *E. granulosus*. Se observaron también escólicas en alvéolos y vasos sanguíneos (Fig. 4).

La evolución del paciente fue satisfactoria y egresó en buenas condiciones generales.

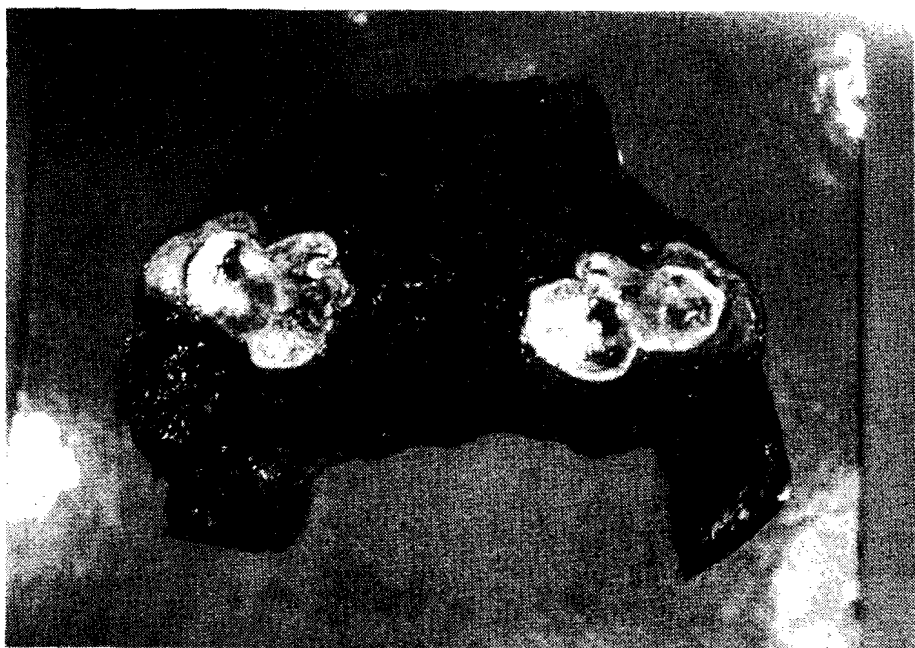


Fig. 1.— Aspecto macroscópico del quiste hidatídico.



Fig. 2.— Corte histológico de quiste hidatídico que muestra membrana germinativa, la membrana laminada, vesículas prolíferas y escólices. 400X.

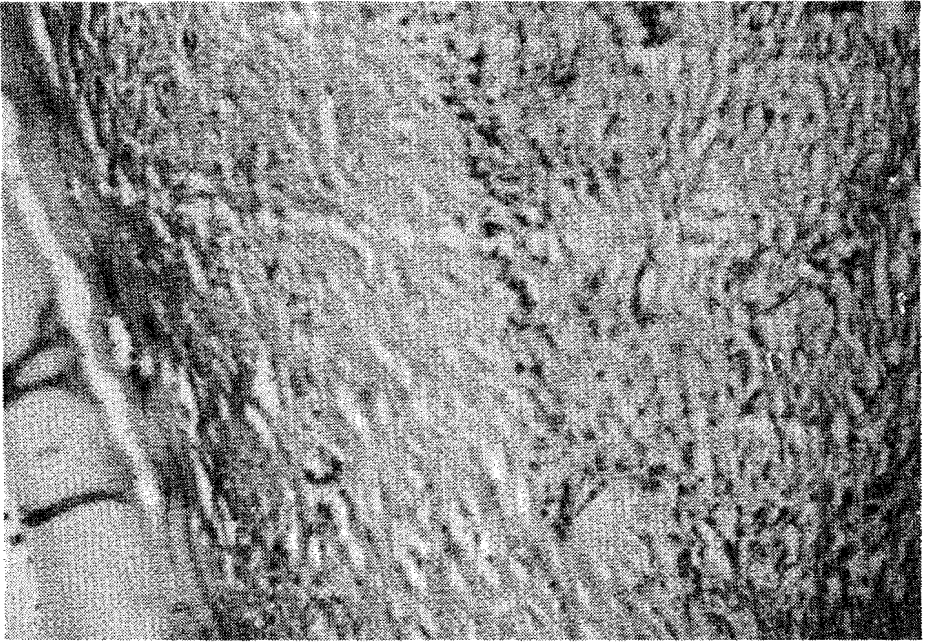


Fig. 3.— Corte histológico del quiste hidatídico que muestra la cápsula fibrosa con abundante infiltrado inflamatorio crónico, la membrana laminada y la membrana germinativa. 250X.

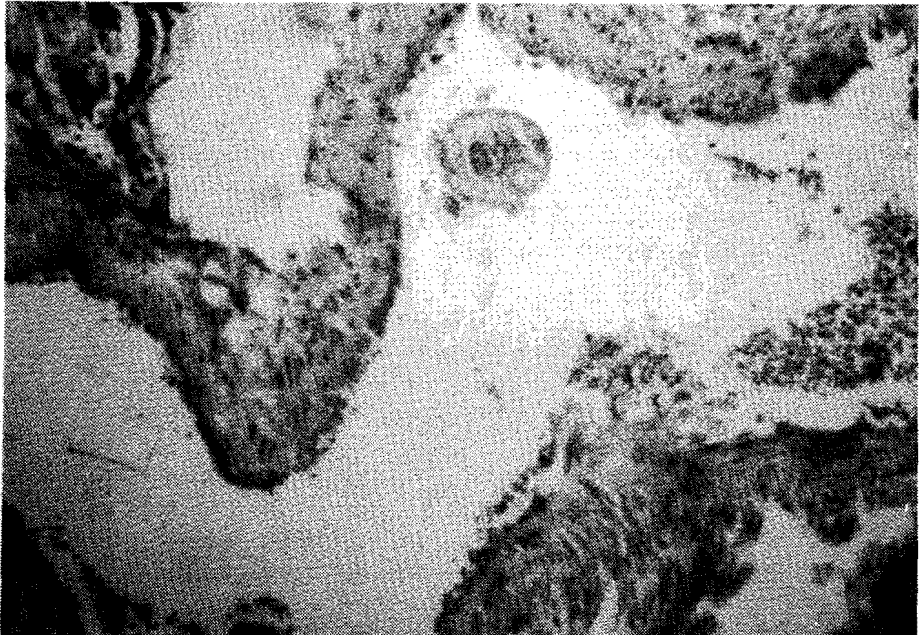


Fig. 4.— Corte histológico del pulmón que muestra un escolex en la luz de un vaso sanguíneo. 160X.

DISCUSION

Por la escasa frecuencia de esta patología en nuestro país, la presentación del caso tiene importancia epidemiológica y sirve para indicar a los médicos clínicos que hay que pensar en esta afección en todo paciente con una imagen radiológica de aspecto tumoral, sobre todo si se han descartado afecciones más frecuentes, como la tuberculosis y cáncer, para poder diagnosticarla y evitar tratamientos incorrectos. Existe una publicación acerca de un indio de la tribu maquiritare con un quiste hidatídico de hígado, diagnosticado como carcinoma, que murió en shock a consecuencia de la inmunoterapia (11).

En el presente caso, en virtud de que no se pensó en la hidatidosis como uno de los diagnósticos probables, el paciente no fué manejado en forma adecuada, ni se tomaron medidas profilácticas para evitar la ruptura del quiste y la diseminación del parásito.

Al paciente se le practicó una punción exploratoria de la lesión. Este procedimiento es muy peligroso en caso de quiste hidatídico porque puede producir un shock anafiláctico o una reacción alérgica severa, como consecuencia de la salida del líquido hidatídico. Afortunadamente, en este paciente no hubo tales efectos. Saidi describió una técnica de congelación de la pared quística que permite una aspiración segura (20).

El hallazgo de escólices en espacios alveolares y vasos sanguíneos pulmonares sugiere la posibilidad de que hubo la diseminación del contenido del quiste y la probabilidad de metástasis viables a otros órganos, así como una futura recidiva. No se tomaron precauciones para evitar la diseminación; como no se pensó en la afección, es probable que la manipulación durante el acto quirúrgico no se realizara con la delicadeza que ameritan estos casos, para evitar rupturas. Por otro lado, se recomienda la protección del campo operatorio con compresas con solución salina hipertónica para prevenir la siembra de tejidos vecinos en caso de que se produzca la ruptura del quiste (3).

También se aconseja la introducción de solución salina hipertónica al 15 o 20%, o formol al 10% en el interior del quiste para destruir al parásito antes de la extracción (1, 3). Ninguna de las dos medidas profilácticas se realizó en el paciente.

La presencia de escólices en alvéolos y vasos sanguíneos pudiera no significar diseminación, sino contaminación, ocasionada en el momento del corte del quiste por el patólogo. Pero no lo creemos así, por las siguientes razones: el quiste hidatídico unilocular normalmente está lleno de líquido de aspecto transparente; en este caso, contenía escasa cantidad de aspecto amarillento y turbio, lo cual sugiere que probablemente hubo salida de líquido con diseminación y a la vez entrada de material exógeno que modificó su típico aspecto de "agua de roca". El material que recibió

el patólogo estuvo fijado en formol, durante 24 horas, por lo que es difícil creer que los escólices que se observaron dispersos en vasos y espacios alveolares representen un artefacto. Si esto fuera el caso, se hubiesen observado suspendidos en grupos o acúmulos. Además la diseminación suele ocurrir en alrededor del 50% de los casos tratados por cirujanos experimentados; en este caso, por el hecho de que no se pensó en la afección y no se tomaron precauciones para evitarla, la probabilidad de su ocurrencia es alta.

La posibilidad de recidiva de la enfermedad en este paciente, debida al desarrollo de quistes secundarios, se pudo haber prevenido mediante la administración de fármacos del grupo bencimidazol, como el mebendazol que controlan la diseminación, aunque no se ha demostrado en forma convincente que erradiquen la infección (1). El albendazol y el praziquantel también pueden ser útiles en caso de ruptura del quiste durante la intervención quirúrgica.

En Venezuela es probable que la hidatidosis en el hombre sea más frecuente que lo que la literatura publicada sugiere, por varias razones. El médico clínico y el cirujano, al parecer, se interesan por el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, pero no en su epidemiología, quedando muchos casos interesantes sin publicar. En segundo lugar, llama la atención el contraste existente entre el escaso número de casos publicados y el hecho de que de las cuatro especies de *Echinococcus* que se conocen parasitan al hombre, se hayan reportado tres en Venezuela, de los cuales *E. oligarthrus* sólo se ha descrito y confirmado en esta región. En tercer lugar, el perro doméstico, que es un animal tan común y con estrecho contacto con el hombre, es la fuente de infección más importante de *E. granulosus*, *E. multilocularis* y al parecer también de *E. vogeli* (5).

En conclusión, se debe pensar más en esta patología en nuestro país, para poder diagnosticarla y tratarla adecuadamente.

ABSTRACT

Pulmonary Hydatid Cyst. Report of a Case. Guanipa N., (Instituto de Investigaciones Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Maracaibo. Venezuela), Chacín de Bonilla L., Finol F., Cano G. *Invest Clín* 31(2): 105-113, 1990.— One case of pulmonary hydatid cyst from Venezuela is reported. A 54-year-old man from Syria, was admitted to the hospital because of dyspnoea, fever and weight loss. A thoracic roentgenogram revealed a tumor in the basis of the left lung; a lobectomy was carried out. Histological study showed an unilocular hydatid cyst. The presence of scolices in alveoli and vessels suggest a probable dissemination of the parasite. Due to the rarity of the pulmonary hydatid cyst in Venezuela, the case is reported to call the attention about the existence of this pathology in the country, so that it can be diagnosed and treated correctly.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- BEAVER P.C., JUNG R.C., CUPP E.W.: Cestodos ciclofilídeos en: *Parasitología Clínica* p 571-582, 2a. ed., Salvat ed, Barcelona, 1986.
- 2- BONIFACINO R., YARZABAL L.: Hidatidosis en el Uruguay. Abstract p 59. IX Congreso Latinoamericano de Parasitología, Caracas, Venezuela, 1989.
- 3- CABRERA R., CUADROS J., QUEIZAN A., MONEREO J.: Hidatidosis pulmonar infantil. Estudio de 79 casos. *Archivos Dominicanos de Pediatría* 14(3): 181-187, 1978.
- 4- CORZO R.E.: Enfermedades de baja incidencia en nuestra patología (Quiste hidatídico). *Kamera* 1 (4): 317-321, 1964.
- 5- D' ALESSANDRO A., RAUSCH R.L., CUELLO C., ARISTIZABAL N.: *Echinococcus vogeli* in man, with a review of polycystic hydatid disease in Colombia and neighboring countries. *Am J Trop Med Hyg* 28 (2): 303-317, 1979.
- 6- GARCIA DIAZ J.L.: Hidatidosis hepática. *Bol Soc Ven Cir* XIII (3-4): 169-174, 1959.
- 7- GODAYOL J., RODRIGUEZ J.M.: Hidatidosis hepática. A propósito de un caso. *Centro Médico* XVI (58): 101-107, 1977.
- 8- GOMEZ L., LUNA G.: Un caso de quiste hidatídico del pulmón *Gac Med Caracas*. Año XLV (13): 193-197, 1938.
- 9- GOMEZ L., LUNA G.: Primeros casos de quiste hidatídico del pulmón encontrados en Venezuela. *Mem I Cong Ven de Tuberculosis*: 573-576, 1938.
- 10- GRANADO A., BELLO L., BRAVO F.: Hidatidosis hepática. *Bol Soc Ven Cirugía*. XXIII (107): 571-578, 1969.
- 11- GRASES P.J., SALAZAR N.: Hidatidosis alveolar. *G.E.N.* XXI (1): 71-89, 1970.
- 12- LOPEÑA R.D., MELENDEZ R.D., FERNANDEZ I., SIRIT J., PERERA M.P.: Orbital Hydatid Cyst of *Echinococcus oligarthrus* in Venezuela. *J Parasitol* 75 (3): 467-470, 1989.
- 13- MATOSSIAN R.M., RICKARD M.D., SMYTH J.D.: Hydatidosis: a global problem of increasing importance. *Bulletin of the World Health Organization* 55 (4): 499-507, 1977.

- 14- MUJICA G.: La equinocosis en el material autopsico de Valencia, Venezuela. Arch Ven Pat Trop y Paras Med III (1): 208-217, 1959.
 - 15- NEGhme A.: Enfoque epidemiológico de la hidatidosis. Bol Sanit Panam 102 (2): 175-180, 1987.
 - 16- PAREDES DE BONT F., SAUERTEIG E.: A propósito de un caso de equinocosis autóctona del Estado Barinas. Rev Col Med Edo. Mérida XI (30-312): 75-80, 1970.
 - 17- PARRA J.F., CORONIL F.R.: Quiste equinococcico del hígado abierto en vías biliares. Presentación de un caso. Bol Soc Ven Cir XVIII (3) Bol 77: 537-543, 1964.
 - 18- RODRIGUEZ E., CARVALLO E.: Quiste hidatídico solitario de la cavidad peritoneal. Tribuna Médica 4 (159): 1-12, 1966.
 - 19- RODRIGUEZ R.: Presentación de un caso de tumor de equinococo vesical. Bol Soc Ven Cir XIV (3-4) Bol 61-62: 408-409, 1960.
 - 20- SAIDI F., NAZARIAN I.: Surgical treatment of hydatid cysts by freezing of cyst wall and instillation of 0.5 per cent silver nitrate solution. N Engl J Med 284: 1346-1350, 1972.
 - 21- SALFELDER K., ORTIZ A.D., BARRETO L.F., SEVILLA T., DE LISCANO T.R.: Caso de equinocosis autóctona en Venezuela. Tribuna Médica 5 (204): 1-14, 1967.
 - 22- SERRA I., REYES H.: Hidatidosis humana en cuatro países de Sudamérica. Bol Sanit Panam 106 (6): 527-530, 1989.
 - 23- SZOTLENDER N., ACEVEDO F., CARBONELL E., SOGBE E.: Hidatidosis hepática. Presentación de un caso autóctono. Arch Hosp Vargas XI (3-4): 176-192, 1969.
 - 24- VALENCIA-PARPARCEN J., LOUIS C., SALOMON R.: Hidatidosis hepática. III Jor Ven Gastroenterol G.E.N. XII (4): 163-174, 1958.
 - 25- VARGAS P., GONZALEZ A., ESCOBAR H., SALOMON R.: Hidatidosis hepática. Bol Soc Ven Cir XXIII (3): 549-569, 1969.
-